Rok XXVI. Kraków, 5 Lutego 1887. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do nauki o kiłowéj wysypce barwikowéj
(Leucoderma syphiliticum).

Podał
Dr. Ernest Finger,
docent chorób skórnych i kiłowych w Uniwersytecie wiedeńskim.

Już O. Simon, a bardziéj jeszcze Neisser (*Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syphilis*, 1883, str. 491) opisali szczególne zaburzenie w odżywianiu skóry, znane pod nazwą *Leucoderma syphiliticum*, które polega na wessaniu i nagromadzeniu się barwika; pojawia się ono u osób kiłowych i cechuje ten stan chorobowy. Cierpienie to polega na wystąpieniu jasnych bezbarwnych plam, wielkości z początku główki od szpilki lub soczewicy, kształtu okrągłego lub okrągławego, które się jednak powoli na obwodzie powiększają, przyczém są otoczone pasem ciemno zabarwionéj skóry, przechodzącym w miarę oddalania się od plamy stopniowo w prawidłowe jéj zabarwienie. Przez dalsze powiększanie zlewają się plamy ze sobą, podczas gdy między niemi pozostała skóra coraz ciemniéj się uwydatnia i do małych a wązkich smug się ogranicza. Jeżeli z początku te białe bezbarwne plamy z łatwością jako stan chorobowy rozpoznać można, to w późniejszym okresie w obec ich przewagi i zlania się pozostałe między niemi ciemne smugi skóry mogą przedstawić się jako coś chorobowego, podczas gdy tak białe, jak i ciemne plamy są objawami chorobowemi, z powodu że pierwsze zawierają za wiele barwika, ostatnie zaś za mało; jestto niejako rodzaj przesunięcia się barwika, transportu ze środka ku obwodowi.

Okoliczność, że występuje wyłącznie u kiłowych, że się rozwija w następstwie wysypek plamistych i grudkowych kiły, na miejscach, które one pierwéj zajmowały, nadaje téj zmianie cechę cierpienia swoisto-kiłowego, kiłę cechującego, któreto cierpienie przez swój powolny bieg, długie trwanie, niedające się skrócić leczeniem przeciwkiłowém, ze względów rozpoznawczych jest ważném. Przeważne znajdowanie się u kobiet, jakoteż umiejscowienie szczególnie na karku są również cechami tego cierpienia, pojawiającego się w najwcześniejszym okresie kiły, a znikającego po kilkomiesięczném lub kilkoletniém trwaniu dobrowolnie przez wyrównanie się barwika. Riehl (*Wiener mediz. Jahrbücher*, 1884) badał leukodermat kiłowy pod względem anatomicznym i dowiódł, że komórki wędrujące zabierają przyskórkowi barwik na miejscach bezbarwnych i tymże obciążone do skóry powracają. Riehl widzi w téj sprawie niejako wleczenie barwika przyskórkowego wstecz do skóry, niejako obrót całego procesu, który prawidłowemu przyskórkowi barwik przynosi. Podobnie jak Neisser zrobił i Riehl spostrzeżenie, że wysypka kiłowa barwikowa najczęściéj rozwija się w następstwie wysypek plamistych i grudkowatych we wczesnym okresie kiły, chociaż ją widział i w późniejszym okresie z ponowną wysypką różyczek i w grupy ułożonych grudek. Badania anatomiczne jak też i kliniczne objawy nie dozwalają nam rozróżnić kiłowéj wysypki barwikowéj od samodzielnéj wysypki barwikowéj (*vitiligo*), która polega tylko na umiejscowieniu i przebiegu. Widzi więc w leukodermacie nie bezpośredni objaw kiły, lecz jéj następstwo, nie cechę szczegółową, tylko niejako wskazówkę uprawniającą do podejrzywania kiły. Hasland (*Nord. med. Art.* XVII, 1885), który upatruje w leukodermacie kiłowym następstwo plamistych a nie grudkowych wysypek, uważa to cierpienie za swoiste, które ze swojemi objawami zawsze jest oznaką przebytéj wysypki kiłowéj a więc ważnym objawem kiły zatajonéj. Tego samego zapatrywania o swoistości tego cierpienia jest także Szadek (*Petersb. medic. Wochenschrift*, 1885, Nr. 43 i Gazeta Lekarska, 1885, Nr. 50), Lesser (*Lehrbuch der Haut u. Geschlechtskrankheiten*, 1886, str. 115) jak również i ja (*Die Syphilis u. die venerischen Krankheiten. Ein kurzgefasstes Lehrbuch*, str. 77).

Jeżeli sobie w dalszym ciągu pozwolę przytoczyć jeden ciekawy przypadek leukodermatu kiłowego, to czynię to dla tego, że przypadek ten oprócz interesu, jaki budzi, jest

w stanie także rozszerzyć zakres naszych dotychczasowych wiadomości o tém cierpieniu.

Dnia 28 czerwca 1886 niejaki p. A. B., 43 lat liczący, nauczyciel przedstawił mi się w mojéj ordynacyjnéj godzinie z prośbą o wyleczenie go z uciążliwéj i bardzo go szpecącéj plamy na prawém licu. Na prawéj połowie twarzy znalazłem plamę rozpoczynającą się na szerokość dwóch palcy poniżéj kąta szczęki dolnéj a przez tenże na lico prawe się rozciągającą, kształtu prawie listka koniczyny, która, zdaje się, wyraźnie ze zlania się trzech plam powstała, dwóch wielkości srebrnego reńskiego, a jednéj wielkości centa. Plama ta jest zupełnie bezbarwną, na zewnątrz otoczona pasem skóry ciemno-brunatno zabarwionym, który powoli przechodzi w prawidłowe jéj zabarwienie, pas ten jest szczególnie ku dołowi w kierunku szyi bardzo wyraźnym. Plama ta jest jeszcze o tyle wydatniejszą, że broda i lico chorego, będąc ogolone, z powodu gęsto obok siebie stojących poodcinanych łodyg włosowych są znanego koloru siwo szarego, podczas gdy sama plama, z wyjątkiem kilku na środku stojących włosów, jest zupełnie nieowłosioną.

Na moje zapytanie oświadczył mi chory, że cierpienie to rozpoczęło się w lutym czy marcu najpierw od wypadnięcia włosów na dotkniętém miejscu, potém potworzyły się wysypki ogołocone od włosów, które się ciągle powiększały a w końcu ze sobą spłynęły. Wtenczas kazał on sobie, idąc za radą fryzyjera i przyjaciół, bujną swą brodę ogolić i golenie to kontynnował w nadziei wywołania przez to nowego zarostu włosów na łysych miejscach lica, co jednak nie udało się, a miejsca te powiększały się nawet coraz bardziéj, a tak jemu jak otoczeniu wpadała w oczy rażąco biała ich barwa. Przy oglądaniu téj zresztą całkiem prawidłowéj skóry, na któréj ani łupieży, ani innéj jakiéj zmiany nie było, któréj zmysł czucia był zupełnie zachowanym, jak w ogóle chory żadnych zaburzeń nigdy w tym kierunku nie doznał, pierwszą mą myślą było podejrzenie *vitiligo*, do któréj owo cierpienie, jak to już z samego opisu wynika, wielkie ma podobieństwo. Tylko jedna okoliczność zastanowiła mnie, a mianowicie wypadnięcie włosów, tak dalece ograniczone do owéj bezbarwnéj części skóry, że musiałem je uważać za część tego stanu chorobowego. „Jeżeli włosy znajdują się na bezbarwném miejscu, to są albo prawidłowo ubarwione, albo też dosyć często bezbarwne, szare lub biało błyszczące, zresztą są silnie osadzone w torebce włosowéj“. (Hebra i Kaposi. *Lehrbuch d. Hautkrankh.*, II, str. 126).

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał

Dr. Roman Barącz,

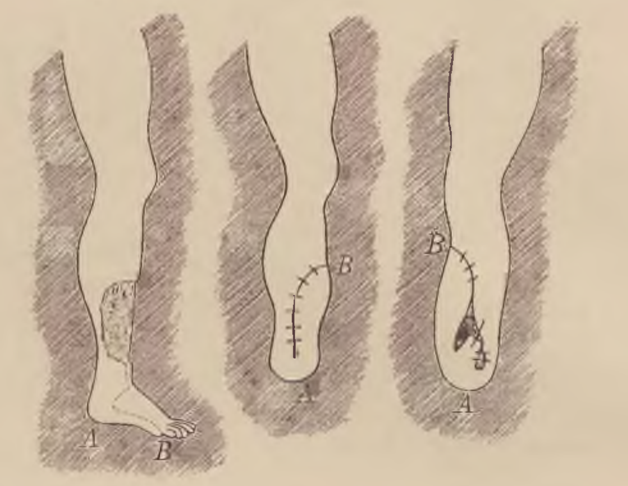
operator we Lwowie.

II.

Amputacyja dermoplastyczna podług Keetleya wykonana z powodu rozległego wrzodu podudzia.

W Nrze XXII *Lancetu* z 28 listopada 1885 podał C. B. Keetley z Londynu metodę, za pomocą któréj uniknąć można amputacyi w miejscu wyboru w przypadkach rozległych niedających się zgoić wrzodów podudzia zastosowaniem zmodyfikowanéj amputacyi Symego przez przeniesienie płatu z podeszwy na przednią część podudzia i pokrycie nim oczyszczonego wrzodu. Keetley wykonał operacyję tę raz tylko i to z dobrym wynikiem, polecając ją dalszym próbom.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.



Przypadek jego był powikłany znacznym krwotokiem, podczas i po operacyi; do zatamowania krwotoków użyto silnego ucisku z karbolowych gąbek a następnie polewania gorącą wodą karbolową; trzeciego dnia po operacyi płat trzymał się zupełnie przedniéj powierzchni podudzia a w 6 tygodni chory mógł znosić najsilniejszy ucisk wywierany na kikut, który był z początku nieco niezgrabnym. Operacyi téj, o ile mi wiadomo, nikt nie zastosował.

Przypadek Keetleya zachęcił mnie do wykonania téj nowéj operacyi u jednego chorego w szpitalu i niedawno miałem sposobność wykonania jéj w oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala powszechnego: przy téj sposobności składam podziękowanie Drowi Ziembickiemu, prymaryjuszowi oddziału, który chętnie na wykonanie jéj pozwolił. Przypadek dotyczył 60-letniego wyrobnika Józefa Romana ze Lwowa. Dolne $^2/_3$ przedniéj powierzchni prawego podudzia zajmował wrzód o brzegach wyniosłych łatwo krwawiący pozostawiając z tyłu podudzia pasmo zdrowéj skóry około 4cm. szerokie. Chory był już niezliczone razy leczony w szpitalu a cierpienie stało mu się już do tego stopnia uciążliwém, że sam prosi o wykonanie amputacyi podudzia.

Po zupełném oczyszczeniu okolicy wrzodu szczotką, wodą ciepłą i mydłem a następnie 5% wodą karbolową założono po zachloroformowaniu chorego powyżéj kolana opaskę Esmarcha. Okolono wrzód cięciem sięgającém do głębokiéj powięzi podudzia; okoloną cięciem przestrzeń oczyszczono łyżeczką Volkmanna z granulacyj aż do głębokiéj powięzi; strzępy chrząstkowato twardéj tkaniny pozostałe podczas łyżeczkowania z powodu głęboko sięgających blizn w obwodowych częściach wrzodu usunięto nożyczkami zakrzywionemi i przegotowano w ten sposób mniéj lub więcéj gładką podstawę dla płatu, który miał być nałożonym na miejsce dawnego wrzodu. Podstawę tę stanowiła w przeważnéj części głęboka powięź mięśni podudzia, w części zaś pokryta okostną kość podudzia miejscami pozbawiona okostny przy łyżeczkowaniu w skutek głębokich blizn w tych miejscach. Poprowadzono potém cięcie na poprzek grzbietu stopy (jak dla amputacyi Symego) sięgające od miejsca tuż poniżéj kostki zewnętrznéj do punktu na cal przed i nieco poniżéj od kostki wewnętrznéj. Cięcie to połączono pionowém z wrzodem. Następnie otworzono staw skokowy górny (pomiędzy kośćmi: skokową a goleniową i strzałkową) i wykrojono płat z podeszwy, zajmujący całą szerokość i długość téjże a zawierający wszystkie części miękkie (przez prowadzenie cięcia tuż przy kościach). Wyłuszczenie następne kości piętowéj przedstawiało znacznie większe trudności aniżeli przy wykonaniu operacyi

Symego. Kości podudzia obnażono do wysokości 4cm., gdzie je odpilowano. Przyłożono zaraz olbrzymi płat na miejsce przeznaczenia, przyczém się okazało, że wewnętrzna część ubytku na przestrzeni około 4cm. kwadratowych całkowicie pokryć się nie da; do częściowego pokrycia użyto wewnętrznego płatu skóry pozostałego z mostka, łączącego dolną granicę wrzodu z pierwszém cięciem według Symego (patrz fig. 3). Podobny płat skórny zewnętrzny wycięto jako zbyteczny. Po podwiązaniu stosunkowo niewielkiéj liczby naczyń i zatamowaniu krwotoku miąższowego z płatu przez uciskanie tegoż wacikami sublimatowemi przestrzykano jeszcze raz pole operacyjne roztworem sublimatu (1:1000), założono na poprzek dość gruby dren, podniesiono płat, przystósowano takowy i przytwierdzono zakładając ostrożnie głębokie szwy, ostrożnie gdyż tkanka naokoło ubytku była bardzo kruchą i łatwo się przedzierała; musiano tu skórę dość daleko podminowywać igłą, ażeby ją wykłuć w zdrowém utkaniu i ażeby w ten sposób uniknąć przedzierania się kruchych tkanin. Opatrunek z gazy jodoformowéj, mierny ucisk za pomocą waty Brunsa i organtynowych bandaży; elewacyja odnogi na podłożonych sieczkowych poduszkach. Chory po operacyi swobodny, tętno 100. pełne; polecono podawać choremu wino; wieczorem stan bezgorączkowy, tętno 100.

27/7 rano tętno 130, ciepłota 39,5°, chory niespokojny, czasem ma majaczyć, język suchawy; polecono po 0·80 *Chin. muriat.* 2 razy dziennie i 3 razy dziennie po 10 kropli *Tra opii simplex*, wieczorem tętno 120, ciepłota 39,5°.

28/7 rano tętno 120, ciepłota 38,5; zmiana opatrunku, płat w całości blady, na pięcie siny, również i mały płat zsiniał; przy skaryfikacyjach pięty wydobywa się ciecz surowicza. Irygacyja częsta sublimatem i 5% karbolem. Zgorzel mimo to codziennie postępowała wyżéj wśród podniesienia ciepłoty do 38,5: 30/7 cały płat był czarny.

30/7 wykonano amputacyję dolnéj części uda sposobem Cardena. Przy zmianie opatrunku 2/8 zewnętrzna część rany zespoiła się *per primam*, wewnętrzna zaś część zsiniała. Szybko nastąpiło zupełne wygojenie po oddzieleniu się zgorzelinowéj wewnętrznéj części płatu a chory 3/9 o szczudle opuścił szpital. Jakkolwiek wyraźny krwotok miąższowy z płatu podeszwowego podczas operacyi przemawiał za nienaruszeniem tętnicy łydkowéj tylnéj podczas operacyi, to jednak z ciekawości zbadałem dokładnie przebieg téj tętnicy w kikucie amputowanym. Badanie to było bardzo utrudnioném z powodu gnicia kikuta; tętnica łydkowa tylna w miejscu przejścia w płat znajdowała się w miazdze zgorzelinowéj i dała się łatwo od płatu oddzielić; wewnętrzna ściana tętnicy przedstawiała znaczne zmiany miażdżycowe; te same zmiany przedstawiały *A. tibial. antica* i *A. poplitea*. Jakkolwiek wynik téj operacyi w naszym przypadku był niekorzystnym, to jednak operacyja ta pozostawiająca prawie pierwotną długość odnogi (jak amputacyja Symego) i mniejsze poczucie kalectwa niż amputacyja w miejscu wyboru w odpowiednim przypadku mogłaby mieć racyję bytu. W naszym przypadku znaczna sprawa miażdżycowa tętnic podudzia (częsta przyczyna zgorzeli płatów amputacyjnych) prawdopodobnie przyczyniła się do niekorzystnego wyniku. Zresztą w razie niepowiedzenia się zazwyczaj da się wykonać następnie amputacyja w miejscu wyboru. W naszym przypadku wykonaliśmy amputacyję Cardena z powodu znacznych blizn pola operacyjnego w miejscu wyboru.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Dr. Anfimow (z kliniki prof. Mierzejewskiego): **O zmianach w centralnym układzie nerwowym u zwierząt po lakierowaniu skóry.**

Od dawna zaburzenia w czynnościach fizyjologicznych uważano za ważny czynnik w wywoływaniu rozmaitych chorób, a w szczególności wywięzujących się w skutek przeziębienia. Dopiero jednak od roku 1838, od czasu ogłoszenia pierwszéj pracy doświadczalnéj Fourcaulta, powstał długi szereg prac, w których zaburzenia te starano się wywołać sztucznie, usuwając czynność fizyjologiczną skóry u zwierząt przez pokrycie jéj już to na całéj powierzchni, już to tylko częściowo: dziegciem, smołą, lakierem i rozmaitemi plastrami. Wyniki tych badań były mniéj lub więcéj zgodne, albowiem okazało się, że zwierzęta zwykle po niejakim czasie giną, przedstawiając mniéj lub więcéj jeden i ten sam obraz kliniczny: znaczne, szybko występujące osłabienie, obniżenie się ciepłoty (niekiedy nawet do 18—14° C.), zaburzenia w oddychaniu i tętnie, częściowe i ogólne drgawki, niedowład i porażenie odnóg itp. — Sekcyje wykazywały przekrwienie i rozmiękczenie rozmaitych organów, wysięki krwiste na błonach śluzowych i surowiczych, przekrwienie rdzenia i mózgu. Pomimo licznych badań bliższa przyczyna tych zjawisk dotychczas jednak nie jest znaną; jedni przypuszczają, że śmierć zwierząt zależy od utraty ciepła, drudzy uważają za przyczynę śmierci asfiksyję, inni znowu uważają te objawy jako wynik zatrucia się zwierzęcia produktami przeobrażenia wstecznego, które nie mogły być przez skórę wydzielone. Nakoniec w ostatnich czasach Feinberg, Schleicher i Paszutin uważają wszystkie te objawy jako skutek podrażnienia układu nerwowego w drodze odruchowéj. I rzeczywiście cały szereg klinicznych badań niewątpliwie nosi charakter nerwowy, jako to: drżenie, drgawki, porażenie, szybkie osłabienie itp.

A. w niniejszéj pracy miał na celu wyłącznie tylko zbadanie zmian anatomicznych w mózgu i rdzeniu i z szeregu doświadczeń przeprowadzonych w sposób podobny, jak to czynili jego poprzednicy, doszedł do następujących wyników: 1) Objawy u zwierząt po pokryciu skóry mięszaniną z gumy arabskiéj, żelatyny i gliceryny były rzeczywiście podobne do objawów obserwowanych wcześniéj przez innych badaczy. 2) Na preparatach otrzymanych z rdzenia i mózgu można było zauważyć: przekrwienie, zmętnienie i napęcznienie tkanek, przeważnie istoty szaréj, wypełnienie naczyniek włosowatych ciałkami czerwonemi, a na preparatach barwionych karminem naczynia te otoczone były czerwoną otoczką (w skutek wypociny plazmatycznéj i licznych białych ciałek). 3) Zwyrodnienie komórek nerwowych. Zwyrodnienie to przedstawiało dwa charakterystyczne typy: *a*) Jedne komórki o dziwnych nieprawidłowych kształtach z wyraźnemi wakuolami wewnątrz, przedstawiały się jakby złożone z pęcherzów z przegródkami tak, że tylko obecność jądra dawała możność rozpoznania w nich komórek nerwowych; drugie przyjmowały kształt kulisty, nie posiadały wypustek, źle lub wcale się nie barwiły karminem, nie posiadały wyraźnych granic, jakby się rozpływały w otaczającéj tkance. Czasem w środku takiego ciała można było widzieć światłą przestrzeń z jądrem w środku, lub tylko ze szczątkami protoplazmy. Badanie na preparatach świeżych izolowanych dało mniéj lub więcéj ten sam wynik. Autor na razie nie podaje żadnéj teoryi, zachowując sobie ostatnie słowo na późniéj. (*Wracz* 1886, Nr. 50).

Chirurgija.

König: **O ważności kolotomii w cięższych chorobach kiszki odchodowéj.**

Wprawdzie technika operacyjna wycięcia kiszki odchodowéj w obec wysoko położonych nowotworów rakowych w ostatnich czasach znaczne zrobiła postępy i można śmiało przy tym zabiegu otworzyć w razie potrzeby jamę otrzewnową, są jednak postacie raka kiszki odchodowéj, gdzie zabieg ten zawodzi z powodu wysoko sięgającéj sprawy chorobowéj i zajęcia gruczołów jamy brzusznéj, niedających się już dosiągnąć. W niektórych przypadkach zdrowa część jelita nie daje się dostatecznie ściągnąć, powstaje ztąd w dolnym odcinku miednicy jama, wypełniona granulacyjami, w któréj ropa i kał zatrzymują się i sprawiają zanieczyszczanie się ciągłe chorego. Nadto często powstaje ciągle zacieśniające się zwężenie górnego odcinka jelita.

Autor jest gorącym zwolennikiem kolotomii w takich razach. Zabezpiecza ona chorego przedewszystkiém od szybkiego zazwyczaj w takich przypadkach charłactwa nowotworowego, a gdy takowe już nastąpiło, zmniejsza je a w drugim rzędzie zapewnia choremu prawidłowe oddawanie stolca.

Że przy zwężeniu rakowém życie chorych jest daleko znośniejszém po wykonanéj kolotomii niż po wycięciu jelita odchodowego, na dowód tego przytacza autor przypadek dotyczący 44-letniéj niezamężnéj kobiety z nowotworem rakowym zaledwo palcem dosięgnąć się dającym, cierpiącéj znaczne dolegliwości przy oddawaniu kału z powodu znacznego zwężenia; w przypadku tym wykonana kolotomija usunęła nie tylko przypady pochodzące z niedrożności jelita, ale nadto charłactwo nowotworowe prawie na 3 lata się zmniejszyło; chora wreszcie uległa cierpieniu w skutek przerzutów w wątrobie.

Sztuczną odbytnicę uskutecznił autor w tym przypadku powyżéj lewéj pachwiny przez nacięcie boczne jelita esowego, po przyszyciu go poprzedniém do ścian brzucha.

Przypadek 2gi dotyczy 58-letniéj kobiety, w którym znaczne zwężenie rakowe powikłane było wydzieliną nadzwyczaj cuchnącą; pouczył on autora, że kolotomija w ten sposób wykonana (nacięcie boczne jelita) czasami zawodzi. Po wykonaniu kolotomii istota cuchnąca wydzielać się poczęła także przetoką.

K. zapobiegł téj niedogodności, powstałéj z powodu powracania istot rozpadających się nowotworu aż do sztucznéj odbytnicy, przez założenie w następnym przypadku całkowitéj odbytnicy sposobem podanym przez Schinzingera i Madelunga. U 44-letniego mężczyzny z klasy zamożniejszéj z nowotworem bardzo wysoko sięgającym, postaci polipowéj, powikłanym znacznemi zrostami z kością krzyżową otworzył K. jelito esowate w okolicy biodrowéj lewéj; jelito wyciągnięte przeciął, górny odcinek pozostawił otwartym, dolny zaś wnicował i zaszył szwem kuśnierskim; po 14 dniach odcinek ten zupełnie się pogłębił w jamie brzusznéj; po wydaleniu nowotworu za pomocą wyskrobania łyżką ostrą (sposobem Simona) charłactwo nowotworowe wnet ustąpiło, a chory żyje już rok po operacyi bez żadnych dolegliwości przy oddawaniu stolca sztuczną drogą.

Co do miejsca operacyi, to cięcie powyżéj więzu Pouparta równoległe do tegoż wydaje się K. najdogodniejszém do kolotomii; mięśnie brzuszne stanowią tu naturalne zamknięcie otworu, pelota daje się najdogodniéj założyć. Cięcie w jelicie powinno być jednak dostatecznie długiém (3—4 cm.)

Śród przecięcia jelita należy użyć naturalnie większych ostrożności, aniżeli przy założeniu zwykléj przetoki. Dolny odcinek przyszywa K. zazwyczaj również do rany po poprzedniém wgłobieniu i zeszyciu.

Leczenie następowe polega na zachowaniu ścisłéj dyjety, na podawaniu makowca a po upływie 8—9 dni podawaniu oleju rącznikowego w celu sprowadzenia stolca; późniéj chory otrzymuje pokarmy coraz stalsze. Ostateczne wyleczenie następuje po upływie 4—5 tygodni; chory dostaje wtedy pelotę wypełnioną powietrzem.

Przy uporczywych zwężeniach kiszki odchodowéj przyrody kiłowéj w lżejszych przypadkach można użyć z korzyścią świeczek odpowiednich, zachwalonych osobliwie przez Kümmela i miejscowego stósowania na wrzody chlorku zynku przy równoczesném ogólném leczeniu przeciwkiłowém. Są jednak cięższe postacie owrzodzeń kiłowych, powikłane zazwyczaj ze znaczném zwężeniem, z owrzodzeniami głębszemi, przebijającemi do pochwy lub do pęcherza.

K. opisuje 2 podobne przypadki dotyczące kobiet (54 i 42-letniéj). U pierwszéj wydzielała się przez dłuższy czas ropa z pęcherza jako objaw nieżytu, gdyż komunikacyi z kiszką odchodową nie wykazano. Stan obu kobiet po wykonaniu kolotomii znacznie się poprawił, mianowicie o tyle, że mogły się zajmować zwykłém zatrudnieniem domowém, przetoki nie sprawiały im najmniejszéj dolegliwości. W obu tych ostatnich przypadkach technikę operacyjną zmienił o tyle, że dolnego odcinka jelita (również jak górny) nie zaszywał, tylko wszywał go w ranę i tą drogą stósował irygacyje antiseptyczne, poczém wnet wrzody zabliźniły się a odchody nie były więcéj cuchnącemi. (*Berlin. klin. Woch.* 1877, Nr. 2).

Dr. Bargcz.

(K.) **Mięczak** *(molluscum)* **na stopie**, z jądrem utworzoném przez kostniak *(osteoma)* 5téj kości śródstopia, ważący 2.200 gr., operował pomyślnie w maju r. z. Dr. Józef Antolković, sekundaryjusz szpitala Bonifratrów w Zagrzebiu. — Według opisu pacyjentowi 24-letniemu już przed 9 laty odjęto w témże miejscu narośl dużą jak 2 pięści, lecz w pół roku po téj operacyi narośl odnowiła się, doszedłszy powoli do wielkości obecnéj (34 cm. długi i 27 cm. szeroki).

Operacyja, wykonana przez Dra A. ze wszelkiemi zabiegami antiseptycznemi, zasadzała się na odcięciu narośli wraz z 5tą kostką śródstopia i zdłutowaniem grzebienia kostniakowego utworzonego na sąsiedniéj kości śródstopia oraz z zachowaniem ścięgien mięśni prostujących palce. — Leczenie ściśle antiseptyczne pod opatrunkiem Listera i zaprószeniu jodoformem powierzchni rany było w pierwszych dwóch tygodniach zaburzone przez zapalenie ścięgien i ich pochew. Lecz po pokonaniu tego dalsze zabliźnienie postępowało i dokonało się szczęśliwie, tak, iż chory już chodzi, używając wszystkich palców z wyjątkiem piątego, pozbawionego swéj podstawy na kostce śródstopnéj. (Lječnički Vjestnik 1867, Nr. 1).

Choroby kobiece i położnictwo.

Poten: **Przypadek uleczonéj gruźlicy otrzewny.**

Hegar, Spencer Wells, Neumann, König i inni otwierali jamę brzuszną w przypadkach zapalenia otrzewny ze zmianami gruźliczemi na téjże i po usunięciu wysięku widzieli uleczenie. Mimo zapewnień Hegara niedowierzał autor tym spostrzeżeniom, według bowiem dzisiejszych zapatrywań na gruźlicę nie zdawało mu się prawdopodobném, aby proste otwarcie jamy brzusznéj i wypuszczenie płynu zawartego mogło uleczyć zmiany gruźlicze na otrzewnie i żądał dowodu, że

w tych przypadkach istotnie zmiana gruźlicza a nie inna istniała, co możebném przez wykazanie prątków gruźliczych Kocha. — Powątpiewanie to zdawało mu się tém więcéj słusznem, ile że z pomiędzy wymienionych autorów tylko König, który w podobnych przypadkach otrzewnę kwasem karbolowym i jodoformem leczył, wspomina o badaniu drobnowidowém, nie wspomina jednak nic o prątkach gruźliczych.

Hartwig w Hanowerze w przypadku, w którym ścisłe rozpoznanie nie było możebném, przystąpił do próbnego nacięcia jamy brzusznéj. Po przecięciu zgrubiałéj otrzewny wylało się $^3/_4$ wiadra jasnéj, żółtawéj cieczy, wolnéj od strzępów. Reszta wypływająca była nieco brunatno zabarwiona. Cała otrzewna ścienna i pokrywająca jelita pokryta malemi guzkami, macica i jajniki niezmienione, obsiane podobnemi guzkami. Skoro wymaczano, o ile możności dokładnie, resztę wydzieliny z jamy miednicy, wycięto kawałek otrzewny i zaszyto jamę brzuszną. Po operacyi kilkakrotnie lekkie wieczorne podnoszenie się ciepłoty, mimo to jednak chora w 14cie dni po operacyi z zakładu wypuszczoną została. Wycięty kawałek otrzewny badał autor pod drobnowidem i znalazł w guzkach nie tylko budowę odpowiadającą guzkom gruźliczym w różnych stopniach rozwoju, od guzków pojedynczych ziarninowych, do takich, które zawierały komórki olbrzymie i w środku serowaty rozpad okazywały; w pobliżu gruzełków w wiotkiéj podsurowiczéj tkance znajdował komórki tuczne; ale nadto udało mu się wykazać prątki gruźlicze niewątpliwie, które znajdował wyłącznie pośród komórek olbrzymich, najczęściéj pojedynczo, a czasem po dwa w jednéj komórce. Operacyja była dokonaną w grudniu 1885 roku, w lecie 1886 w bliźnie pooperacyjnéj wytworzył się mały ropień, który pod jodoformem szybko się zagoił. W rok po operacyi badał autor chorą i znalazł ją stosunkowo dobrze wyglądającą, krzepką. Nagromadzenia cieczy w jamie brzusznéj nie znalazł wcale. Oprócz małéj przepukliny w miejscu blizny pooperacyjnéj nigdzie nie znalazł wypuklenia, brzuch niebolesny. Płuca wolne od zmian, apetyt i stolce dobre, chora nie kaszle, czuje się zdrową i zajmuje się codziennemi zajęciami.

Autor nie przesądza, czy to uleczenie będzie zupełném, co przyszłość okaże, w każdym razie zastanawia go ono tém więcéj, że na otrzewnę nie były stosowane żadne przeciwgnilne środki. (*Centralblatt f. Gynäkologie* 1887, Nr. 3, str. 1). *Dr. Mars.*

I. Schramm (w Dreźnie): **O wycinaniu jajników w przypadkach padaczki.**

W literaturze znalazł autor 27 przypadków wycięcia jajników z powodu padaczki właściwéj i padaczki maciniczéj. Między temi 15 z powodu padaczki macinniczéj 12 z powodu właściwéj; 14 z tych wyzdrowiało, 2 doznały polepszenia, 6 nieuleczonych, u 2 wynik niewiadomy, 3 umarło po operacyi. Wynik wyzdrowienia wynosi zatém 52 na 100. Z 15 pierwszych 11 wyzdrowiało, 2 z wynikiem niewiadomym, 1 nieuleczona, 1 umarła; z 12 drugich 4 wyleczone, 2 polepszone, 4 nieuleczone, 2 umarły. W przypadkach operowanych z powodu padaczki właściwéj wynik jest zatém gorszy. W większości przypadków znajdowały się cierpienia narządu płciowego, były jednak i takie, w których zdrowe jajniki w celu leczenia wycinano. Mimo zatém, że wycinanie zdrowych jajników w przypadkach ogólnych cierpień nerwowych bywa surowo potępiane, zadaje autor pytanie: czy są przypadki padaczki bez zmian w narządzie płciowym, w których samo sprowadzenie sztucznego miesiączkowania jako środek leczniczy okazaćby się mogło. — W odpowiedzi przytacza Schroedera i Leppmanna, którzy operacyję nawet na zdrowych jajnikach usprawiedliwiają i dozwalają. Sam zaś twierdzi, że te przypadki padaczki nadają się do leczenia operacyjnego, w których istnieje pewien związek téjże z jakiemś zboczeniem w narządzie płciowym, albo przynajmniéj gdzie istnieje związek przyczynowy między napadami a dojrzewaniem jajek i miesiączkowaniem. Jeżeli np. cierpienie rozpoczęło się w czasie pokwitania, napad przyszedł razem z pierwszą miesiączką i powraca w okresach téjże, należy szukać przyczyny cierpienia w działaniu narządu płciowego. U osób skłonnych do zboczeń nerwowych, chociaż narząd płciowy nie okazuje żadnych zboczeń anatomiczno-patologicznych, wystąpienie samo miesiączki albo zboczenia czynnościowe w dojrzewaniu jajek lub miesiączkowaniu mogą wywoływać rozmaite kurcze. Jeżeli przeto w podobnych przypadkach wszelkie możliwe sposoby leczenia bezskutecznie wyczerpnięte zostały, należy się po usunięciu dojrzewania jajek i miesiączkowania spodziewać uleczenia, za czém przemawiają przypadki, w których ciężkie zboczenia nerwowe ustawały z ustaniem miesiączkowania.

Wychodząc z powyższéj zasady autor w dwóch przypadkach ciężkiéj padaczki właściwéj wyciął z dobrym skutkiem jajniki, gdy po kilkakrotném leczeniu wszelkie inne środki wyczerpnął. Jedna chora ma się już dobrze po operacyi $1^1/_2$ roku, druga 14 miesięcy. U obu tuż po operacyi pojawiły się pojedyncze napady, nim zupełnie ustały. Badanie drobnowidowe wykazało w jednym przypadku oba jajniki prawidłowe, w drugim jeden jajnik okazywał torbiel wielkości wiśni. Występowanie pojedynczych napadów jeszcze po operacyi odnosi autor już to do wahań w ucisku wśród naczyń krwionośnych, już téż do nawałów do mózgu wywołanych nagłém ustaniem miesiączkowania, już wreszcie do zmiany zapalnéj w kikucie operacyjnym, co w drugim przypadku miało miejsce. Co do kwestyi ścisłego wskazania do operacyi zaleca przedewszystkiém dokładne badanie, o ile istnieje związek między czynnościami płciowemi a zboczeniami nerwowemi w danym razie i spodziewa się załatwienia téj kwestyi, gdy będzie znaną większa liczba podobnych przypadków.

Bądź co bądź uważa rzecz za godną rozpraw a kwestyję za niezałatwioną, o ile zachodzi pytanie dokonywania wycięcia jajników zdrowych. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1887, Nr. 3). *Dr. Mars.*

M. P. Budin: **O leczeniu zatrzymania łożyska po poronieniu.**

Na posiedzeniu *Académie de Médecine* w Paryżu z dnia 23 listopada 1886 M. P. Budin mówiąc o leczeniu zatrzymania łożyska po poronieniu zadaje pytanie: czy w obec powikłań, jakich się obawiamy po zatrzymaniu łożyska po poronieniu, tj. krwotoku i posocznicy, ręczne zabiegi albo za pomocą używanych narzędzi są racyjonalne i potrzebne? Aby na to odpowiedzieć przytacza spostrzeżenia poczynione w klinikach w Charité i Maternité, według których na 210 przypadków poronień przybyło 46 przypadków z zatrzymaniem łożyska, zatém 22%. Pomiędzy temi przypadkami w Charité ani raz, w Maternité tylko 2 razy obserwowano lekkie krwotoki w chwili późniejszego wykluczania łożyska. Przypadów zakażenia gnilnego tak jakby wcale nie było. W jednym przypadku było zejście śmiertelne u osoby przyjętéj z gorączką i nieżytem oskrzelowym, u któréj w 60 godzin łożysko zostało dobrowolnie wykluczone. Chora ta umarła w 15 dni po poronieniu na zapalenie płuc. Ponieważ przeto na 210 poronień a między temi na 46 z zatrzymaniem łożyska tylko

jedna chora umarła, twierdzi B., że przyczyny śmierci poronieniu przypisywać nie można. Daléj natomiast twierdzi, że wszelkie czyto ręczne zabiegi, czy téż dokonywane za pomocą narzędzi w podobnych przypadkach są albo bezskuteczne (?Ref.) albo niebezpieczne, a nadto, że wielu położników widziało po zabiegach operacyjnych: ciężkie krwotoki, nieżyty błony śluzowéj macicy, zapalenie w tkance łącznéj koło macicy a nawet zejścia śmiertelne. Wreszcie podaje postępowanie używane w Charité i Maternité: w przypadkach pojedynczych zatrzymania łożyska przeciwgnilna toaleta i przeciwgnilne wstrzykiwania, łożysko bywa zwykle dobrowolnie wykluczone. Jeżeli przystępują ciężkie powikłania, to przeciw krwotokowi bywa używaną tamponada przy użyciu wszelkich możliwych przeciwgnilnych ostrożności. Przeciw poczynającemu się zakażeniu gnilnemu używają co dwie albo i co godzina przeciwgnilnych wstrzykiwań do pochwy; w cięższych przypadkach objawów gnilnych wstrzykiwań wewnątrzmacicznych albo roczczynem sublimatu (1:2000 lub 3000) albo 3% roczczynem kwasu karbolowego. Wstrzykiwania wśródmaciczne należy wykonywać za pomocą cewnika, który zabezpiecza na pewno odpływ płynu wstrzykiwanego, jak np. zakrzywionego w kształcie podkowy. Wewnętrznie chinin. Przy pomocy tego postępowania zyskuje się świetne wyniki. Autor podnosi zaletę tego postępowania, że każdy lekarz i każda akuszerka może je wykonywać. (*D. mediz. Ztg.*, 1886, Dec.). *Dr Mars.*

Choroby nerwowe.

Prof. Hirt: **Elektroda dyfuzyjna prof. Adamkiewicza.**

W przeszłym roku podał prof. Adamkiewicz elektrodę, która łączy działanie prądu elektrycznego z działaniem leku. Lek, a w szczególności chloroform, który prof. A. w przeważnéj liczbie przypadków stosuje, dostaje się w głąb skóry przez kataforezę i działa wspólnie z prądem znieczulająco i kojąco. (Dokładniejszy opis w Nrze 18 Przegl. Lek., 1886).

Prof. Hirt we Wrocławiu robił doświadczenia z tą elektrodą i przyszedł do następujących wyników. Wkrótce po zamknięciu (zawsze tylko bardzo słabego) prądu zmniejszają się bóle i rozwija się pod elektrodą dosyć znaczne i kilka minut trwające znieczulenie. Kilkakrotnie powtórzone zastósowanie elektrody sprawia choremu szczególnie w nerwobólu nerwu troistego znaczną ulgę. Wreszcie poleca Hirt przyrząd ten do dalszych doświadczeń. (*Breslauer ärztl. Zeitschrift*, 1886, Nr. 22). *Dr. Momidłowski.*

(β) **Przypadek porażenia Landryego, leczenie ergotyną.** Sorgenfrey opisuje powyższe zjawisko chorobowe u 57-letniego mężczyzny, który podczas podróży przy gwałtownym wichrze zmókł w plecy. Mniéj lub więcéj w tydzień dostał on uczucia gorąca w ciele, czemu towarzyszyło osłabienie i brak apetytu uczucie ciężkości w odnogach dolnych; przytém duszność, utrudnienie mowy i łykania; zresztą odruchy skórne, czułość była prawidłowa; mocz prawidłowy, stolec utrudniony, boleści żadnych. Zastósowano pijawki w okolicy otworu stolcowego, bańki suche i krwawe w okolicy lędźwiowéj, okłady zimne i środki rozwalniające, ale wszystko bez skutku, a z chorym było tak źle, że lada chwila spodziewano się końca, kiedy postanowiono spróbować ergotyny w formie: *Rp. Ergotin. Bonjeani* 8·25, *Aq. cinamomi* 60·0, co godzina łyżkę. W ciągu nocy wyżył chory całą powyższą ilość. Następnego dnia znikły niektóre objawy porażenia, chory mógł poruszać ramionami, ale nogami zaledwie nieco. W przeciągu tygodnia nastąpiło zupełne wyzdrowienie, ale po ustąpieniu porażęnia skarżył się pacyjent na uczucie jakby naciskającego pasa w lędźwiach. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1886).

Medycyna sądowa.

Nauka o soudním lékařství. Sepsal prof. Dr. Josef Reinsberg. III. O uškození na téle a násilné smrti. Oddil I. V Praze, 1886, in 8vo, str. 171.

Od chwili otworzenia Wydziału lekarskiego czeskiego katedrę medycyny sądowéj zajmuje w nim Dr. Reinsberg, zrazu jako zastępca, późniéj jako nadzwyczajny, a obecnie zwyczajny profesor. Okazał on się godnym zaufania w nim położonego, bo pracuje ciągle, a oprócz kazuistyki i pracy o wahaniach Schultzego ogłasza obecnie 3ci zeszyt wykładu medycyny sądowéj. Dwa pierwsze zeszyty traktowały o stosunkach płciowych, nieprawném zaspokojeniu popędu płciowego, oraz o poronieniu; część trzecia obejmuje rzecz o uszkodzeniach cielesnych i śmierci gwałtownéj, a zeszyt który mamy przed sobą, traktuje właściwie tylko o obrażeniach cielesnych, podczas gdy następny obejmie zapewne rozmaite rodzaje śmierci gwałtownéj. Po pracowitości, jakiéj dotąd autor daje dowody, spodziewać się należy, że za lat kilka wyczerpie cały przedmiot, a wtedy Czesi posiadać będą wykład medycyny sądowéj, jakiego my dotąd niestety nie posiadamy.

Podawszy przepisy prawne odnoszące się do uszkodzeń cielesnych i śmierci gwałtownéj oraz uwagi nad badaniem obrażonego przechodzi autor do obrażeń poszczególnych, w miarę użytego narzędzia; następnie podaje rzecz o klasyfikacyi uszkodzeń cielesnych według obecnie obowiązującego kodeksu karnego austr., daléj o związku przyczynowym pomiędzy uszkodzeniem a śmiercią, zastanawia się nad pytaniem, czy śmierć nastąpiła z własnéj lub cudzéj ręki lub przypadkiem, nad oznaczeniem czasu, w którym śmierć nastąpiła, czy ona była koniecznem następstwem zranienia lub wynikiem szczególnych okoliczności; daléj podaje rzecz o badaniu plam krwawych, włosów i śladów stóp a w końcu zastanawia się nad obrażeniem cielesném w miarę okolicy ciała uszkodzonéj.

Tak więc autor omawia wszystkie kwestyje sądowo-lekarskie odnoszące się do uszkodzeń cielesnych, — podaje nawet, zdaniem naszém, za dużo, ponieważ chcąc odpowiedzieć na pytanie, kiedy śmierć gwałtowna nastąpiła, wtłoczył w wykład swój o uszkodzeniach cielesnych i rzecz o zmianach pośmiertnych, załatwiając ją na 6 stronnicach (101—107), a więc w stosunku do rozmiarów dzieła całego bardzo pobieżnie, przez co albo skrzywdził nader ważny ten dział medycyny sądowéj, albo zmuszony będzie w jednym z zeszytów późniejszych jeszcze raz do niego powrócić, a więc powtórzyć się. Za mało też miejsca poświęca badaniu włosów oraz za mało uwzględnia nową ustawę karną niemiecką i nowy projekt austryjacki (o którym tylko raz znajdujemy wzmiankę na str. 47). Wreszcie żałować wypada, że brak zupełny rycin, które wprawdzie pociągają za sobą znaczniejsze koszta, jednak w dziele sądowolekarskiém są bardzo potrzebne.

Usterki, które wytknęliśmy, nie zmieniają atoli sądu naszego, że zeszyt niniejszy dzieła prof. Reinsberga odpowiada potrzebom ucznia i lekarza sądowego. Jakkolwiek autor opiera się głównie na dziele Hofmana, — bo też każdy autor, piszący po Hofmanie, koniecznie opierać się na nim musi, to jednak nie idzie za nim niewolniczo, owszem, — co rzadko niestety zdarza się obecnie, — autor dokładnie obeznany jest z literaturą dawniejszą i najnowszą, nie pomija też w pracy swojéj żadnego spostrzeżenia, nawet w ciągu r. 1886 ogłoszonego i z tego powodu wykład jego jest wiernym obrazem obecnego stanowiska nauki, a jako taki zaszczyt autorowi przynosi. *L. Blumenstok.*

Przyczynek do nauki o uchybieniach lekarskich. W dniu 8 października 1819 został Dr. Frollo w Canstadzie wezwany do porodu żony Pajasa we wsi Windward, która już od 24 godzin rodziła. Dr. Frollo znalazł rodzącą zupełnie sił pozbawioną, leżącą na łóżku bezwładnie, pokrytą zimnym potem na czole i całém ciele. Wody odeszły, macica ściągnięta silnie naokoło dziecięcia, części rodne nabrzmiałe i suche. Badanie wewnętrzne wykazało położenie czaszkowe z wypadnięciem prawego ramienia i pępowiny. Pępowina miała nie tętnieć a ramię miało być tak po za tyłogłowie wysunięte, że wyglądało do połowy z części rodnych a staw łokciowy przed głową nieco wystawał. obydwie części dziecka były mocno zaklinowane, tak że ramię było w trójnasób obrzmiałe i tworzyło wałek gruby, jak poduszka miękki, ciemno niebieski. Lekarz usiłował najpierw założyć kleszcze, lecz udało mu się tylko jednę łyżkę wprowadzić; chcąc sobie radzić, użył takowéj jako dźwigni a wypadnięte ramię jako drugiéj łyżki, jednakowoż bez skutku. Odprowadzić nie udało się ani ramienia ani pępowiny; obrót na nóżki z powodu zaklinowania części przodujących nie dał się wykonać. Tymczasem utrata krwi i męczarnia rodzącéj doszły do wysokiego stopnia, życie wisiało na włosku. Za jedyny ratunek dla matki uważał lekarz szybkie rozwiązanie rodzącéj; o ratowaniu dziecka nie myślał, gdyż uważał je za nieżywe. Pozostawało zatém przewiercić czaszkę i wypłukać mózg, aby tym sposobem zmniejszyć pojemność części przodujących i ułatwić przejście przez drogi porodowe. Zanim jednak przystąpił do perforacyi, uważał za odpowiedne odciąć wystające ramię co téż i uczynił. To wywołało niespodziewany skutek. Kikut dał się łatwo między spojeniem łonowem a główką do góry wsunąć, przez co założenie kleszczy zostało ułatwioném a po kilku pociągnięciach przyszło na świat dziecię. Matka została uratowaną a lekarz nie żądał żadnéj innéj nagrody jak tylko taką, jaka mu w własném sumieniu pozostała. Lecz cóż się nie dzieje. Za nieżywe uważane dziecko skarży po 23 latach lekarza o alimentacyję dla oszpecenia, w skutek którego stał się niezdolnym do pracy. W skardze swéj czepia się tego, który mu ułatwił przyjście na świat i dowodził, że nie rodził się główką, lecz barkami, w którym to przypadku wskazanym jest obrót. Jako świadka podaje ojca swego, który miał słyszeć od lekarza, że dziecko skierowane jest barkami ku częściom rodnym. Babka obecna porodowi nie przypomina sobie podobnych słów lekarza a w aktach o akuszerce egzaminowanéj nie ma wzmianki. Zresztą powiada oskarzyciel, że gdyby się nawet głową z wypadnięciem ramienia był rodził, to w tym przypadku nie było potrzebném odcinanie ramienia. Lekarz odpiera podobne twierdzenie i broni się szczególnemi okolicznościami i śmiercią dziecka, która mu się pewną wydawała. To téż orzekli dwaj praktyczni lekarze jako znawcy, że „Dr. Frollo przy rozwiązaniu żony Pajasa nie popełnił żadnego błędu w sztuce lekarskiéj“, i na téj podstawie uwolnił sąd Dra Frollę. Mandataryjuszowi skarżyciela nie podobał się jednak wyrok, dla tego zażądał nowego zdania od wyższéj instancyi lekarskiéj, która orzekła: zapatrywanie, jakoby skarżyciel rodził się nie głową, lecz barkami nie ma żadnéj podstawy, albowiem okoliczność, że po odcięciu ramienia przyszedł na świat główką, potwierdza to w zupełności. Przodowanie i zaklinowanie rączki między główką a miednicą wywołaném zostało nieprawidłowym mechanizmem porodowym, bólami i opóźnioném sprowadzeniem lekarza do porodu. Że lekarz uważał dziecko za nieżywe, jest to wprawdzie błędem, ale błędem takim, którego się nawet najbieglejsi akuszerowie dopuścić mogą, zwłaszcza że w r. 1819 nie stósowano jeszcze auskultacyi w akuszeryi. Rzeczoznawcy poszli jeszcze daléj, albowiem powiedzieli, że lekarz w tym przypadku choćby wiedział, że dziecko żyje, w obec zachodzących okoliczności musiał uciąć rękę, chcąc ratować tak matkę jak i dziecko, albowiem byłato jedyna ucieczka, skoro wszystkie inne próby zawiodły. W obec tego nie popełnił lekarz żadnego błędu naukowego. Na tém sprawę zakończono i lekarza uwolniono.

Przypadek ten poucza, że lekarz, względnie akuszer, wśród nader niekorzystnych okoliczności podczas porodu zmuszonym jest nieraz odstąpić od kardynalnych zasad sztuki lekarskiéj i chcąc ratować życie ludzkie może wybierać sposób, jaki do tego uważa za najstósowniejszy i nie popełnia przez to błędu w sztuce i nie dowodzi swego nieuctwa. (*Internat. klinische Rundschau* 1887, Nr. 1). *Dr. Świerz* w Skawinie.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIII Zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 23 października 1886.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Obecnych członków 14.

Kol. Prezes otwiera dyskusyję nad chorym przedstawionym na VIIém posiedzeniu przez kol. Barącza (po resekcyi jelita), w któréj kol. Lech zapytuje, jak rozpoznano stan chorobowy u chorego operowanego, na co kol. Barącz odpowiada, że były objawy uwięźnięcia, *taxis* zawiodła, a podczas wykonania herniotomii jelito okazało się ciemno-wiśniowo zabarwioném, mocno cuchnącém, co uprawniało go do rozpoznania zgorzeli jelita i do przedsiębrania resekcyi tegoż.

Z porządku dziennego przedstawia kol. Kadyi w streszczeniu wyniki swéj obszernéj pracy: „O unaczynieniu ludzkiego rdzenia pacierzowego“, demonstrując przytém okazy przecięć rdzenia pacierzowego z nastrzykanemi tętnicami i żyłami, jakotéż odpowiednie rysunki. (Streszczenie to umieszczoném zostało w Przegl. Lek.). *Dr. Wiktor.*

Sekcyja żółkiewska.

Na posiedzeniu administracyjném w Sokalu d. 16 stycznia b. r. odbytém wybrano następujący skład bióra sekcyi: 1) Dr. Broniowski, prezes; 2) Dr. Jakóbowicz, zastępca; 3) Dr. Japis, sekr. nauk; 4) Dr. Wyspiański, sekr. administr.; 5) Dr. Mańkowski, gospod., — na delegatów na walne zgromadzenie wybrano: Dra Broniowskiego, a jako tegoż zastępcę Dra Białkowskiego. Sekcyja żółkiewska liczy w r. 1887 16 członków zwyczajnych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 1 grudnia 1886 r.
Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 26.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Co się tyczy wieku badanych, to wahał się tenże w granicach między 14 a 72 lat. Ważne jest zestawienie wieku ze zdolnością wydzielania kw. solnego. Do lat 40 było sondowanych 174 indywiduów, a z tych było tylko 19 z niedowładem wydzielniczym soku żołądkowego; zaś ze 48 indywiduów liczących nad 40 lat cierpiało aż 21 na brak kw. solnego. To zestawienie jest ważne, gdyż nam tłumaczy, że wrzód żołądka pojawiający się u młodszych indywiduów, wydzielających silnie trawiący kw. żołądkowy, występuje równocześnie albo z przyczyny nadmiarowego wydzielania kw. solnego, podczas gdy rak żołądka pojawiający się w wieku późniejszym, wykazującym brak dzielnego kw. żołądkowego, zwykle nie wykazuje obecności kw. solnego. Te spostrzeżenia stwierdziliśmy, tak prof. Korczyński, jakotéż i ja wielokrotnie, o czém szczegółowo w swoim czasie doniesiemy.

Rozpowszechnioném jest mniemanie, że chorzy żołądkowi źle wyglądają, wychodząc ze założenia, że jeżeli trawienie żołądkowe jest upośledzone, to ma być niém także i odżywienie. Jeszcze w roku 1882 wypowiedziałem w Gazecie Lekarskiéj

zdanie, oparte na obserwacyi chorych żołądkowych, że jeżeli nie ma komplikacyj, to tacy chorzy zupełnie dobrze mogą wyglądać, gdyż trawienie żołądkowe na ogólne odżywienie mało tylko wpływa, a główne trawienie i asymilacyja odbywają się w jelitach. Otóż obecnie moja statystyka z 188 chorych żołądkowych wykazuje, że z téj liczby tylko 12 (6,5%) można było nazwać źle odżywionymi, a nadto okazało się, że z tych 12 indywiduów 10 nadzwyczaj dobrze peptonizuje, gdyż cierpi na nadmierne wydzielanie kw. solnego. Zupełnie dobrze odżywionych między 188 chorych żołądkowych znalazłem 66, t. j. 36%; między ostatnimi było trzech chorych takich, u których wydzielanie kw. solnego zupełnie było zniesione, a ilość wydzielonéj pepsyny nadzwyczaj małą.

Również powszechnem jest mniemanie, że w przypadkach niedokrewności trawienie jest upośledzone i wtenczas to przez lekarzy bywają stosowane rozmaitego rodzaju stomachica i eupeptika. Tymczasem znalazłem na 188 przypadków chorych żołądkowych 75 (39%) notowanych jako niedokrewnych. Z tych przeważna ilość, bo 60, wykazała kw. solny kwaśny i energicznie trawiący sok żołądkowy, podczas gdy tylko jeden chory okazywał zupełny brak kw. solnego. Pokazuje się ztąd, że nadmiarowemu wydzielaniu kw. solnego towarzyszy bardzo często ogólna niedokrewność, tak, że odwrotnie, szczególniéj u izraelitów, mając przed sobą prawie charłacze indywiduum z największém prawdopodobieństwem można twierdzić, że stan chorobowy polega na nadmiernem wydzielaniu kwaśnego soku żołądkowego.

Wymioty napotkane u 35 (16%) chorych dotyczyły przeważnie izraelitów w liczbie 20 (30%) osobliwie kobiet. Połowa (16) wymiotujących indywiduów wykazywała nadmiarowe wydzielanie kw. solnego, tylko jeden potator zupełny brak tegoż, tak, że należy przypuszczać, że wymioty u tych indywiduów miały podstawę, albo wydzielniczą, albo nerwową, a nigdy upośledzenie chemizmu trawienia.

Tkliwość przy palpacyi żołądka była u wszystkich chorych, szczególniéj w dołku podsercowym. U 8 indywiduów były one jednak tak znaczne, że chorzy wzbraniali się przed dotknięciem okolicy żołądka, a to miało miejsce u 5 chorych z nadmiernem wydzielaniem kwasu i u 3 kobiet nerwowych. U osób z niedowładem wydzielniczym soku żołądkowego nie dostrzeżono ani razu większéj bolesności dotykowéj żołądka.

Przystępuję do statystyki przypadów podmiotowych u chorych żołądkowych.

W ogóle można zauważyć u chorych żołądkowych, że jedni lokalizują swoje dolegliwości w saméj okolicy żołądka i tych nazwałem gastrycznymi, a drudzy znów kładą na nie mniejszą wagę, a przeważnie uskarżają się na rozmaitego rodzaju sensacyje i bóle w najodleglejszych okolicach ciała, a tych nazywam nerwowo-gastrycznymi. Otóż na 188 badanych chorych zauważałem większą część (99 czyli 53%) nerwowo-gastrycznych, a 47% czysto gastrycznych. Szczególniéj z 34 kobiet było $^2/_3$ (22) nerwowogastrycznych, a tylko $^1/_3$ (12) czysto gastryczna. Co do wyznania, wykazali izraelici daleko większy stosunek nerwowo-gastrycznych nad gastrycznymi niż chrześcijanie, bo podczas gdy na 70 chorych izraelitów było aż 51 (73%) nerwowo-gastrycznych, to przypadało na 118 chrześcian tylko 58 (49%) tego rodzaju chorych. Okazuje się ztąd, że u ludności żydowskiéj choroby żołądka daleko większy wpływ na ogólny nastrój nerwowy wywierają niż u chrześcijańskiéj.

Zdawałoby się, wnosząc z górujących przypadów nerwowych u chorych nerwowo-gastrycznych, że cała sprawa toczy się na tle nerwowém, przypady zaś gastryczne stanowią rzecz podrzędną, czyli że ma się do czynienia z rozmaitemi odcieniami dyspepsyi nerwowéj. Tymczasem z tych 99 nerwowo-gastrycznych chorych przedstawiała większa część ciężkie zmiany przedmiotowe. Mianowicie 62 chorych wykazywało nadmiarowe wydzielanie soku żołądkowego, 6 znów zupełny brak kw. solnego, a nawet w 9 przypadkach nerwowogastrycznych znajdowano w czczym żołądku stale zalegającą miazgę pokarmową, a tylko 23 indywiduów było z prawidłową czynnością żołądka. Przeciwnie znów z 79 czysto-gastrycznych, u których można się było spodziewać wielkich zboczeń lokalnych, napotkano u 10 prawidłową funkcyję żołądka. Pokazuje się ztąd, że nieraz ciężkie zmiany anatomiczne żołądka, nawet znaczniejszą rozstrzeń tegoż, można bez zbadania sondą uważać za czysto nerwowe i odwrotnie.

Co się tyczy braku łaknienia, to ten wcale nie okazał się charakterystycznym dla zboczenia funkcyjonalnego żołądka; gdyż na 188 chorych notowano 100 (58%) przypadków z utrzymanym, a 9 chorych nawet wilczym apetytem. Z obecności lub braku apetytu nie można było wcale robić wniosków o chemizmie trawienia, gdyż na 38 chorych mających wstręt do pokarmów okazało się, że blisko połowa (16) była z nadmiarowém, 7 z prawidłowém, 8 za małém, a 7 ze zupełnie zniesioném wydzielaniem kw. solnego. Z tych jednak 9 żarłocznych chorych cierpiało 8 na nadmiarowe wydzielanie kw. solnego bardzo wysokiego stopnia, a u przeważnéj części niedowładów lub braku wydzielniczego kw. solnego można było spostrzedz pociąg do potraw lub napojów kwaskowatych.

Nadmierne pragnienie spostrzeżono u 11 chorych, którzy wszyscy cierpieli na nadmiarowe wydzielanie kw. solnego połączone z rozstrzenią i niedowładem mechanicznym żołądka. Polepszenie dolegliwości podmiotowych po użyciu większéj ilości napojów polegało oczywiście w tych przypadkach na rozcieńczeniu silnie kwaśnego i trawiącego płynu w żołądku.

Odbijanie spostrzeżono tylko u 31 chorych wykazujących zdolność wydzielania kw. solnego; z tych miało 7 chorych czkawkę. Przy kwaśném odbijaniu w 10 przypadkach spostrzeżono tylko nadmierne wydzielanie kw. solnego, podczas gdy w innych pięciu przypadkach nadmiarowego wydzielania kw. solnego było odbijanie nie kwaśne, ale czcze. Z kwaśnego odbijania jednak nie był konieczny wniosek, że jest nadmiar soku żołądkowego, lecz że wogólności jest nadmiar kwasu np. przez rozkład pokarmów wytworzonego (Reichmann). Na 17 chorych skarżących się na nudności związku z wydzielaniem soku żołądkowego nie można się było dopatrzeć, gdyż większa część (10 przyp.) była z nadmiarowém wydzielaniem kw. solnego, 3 z niedowładném, a 4 z brakiem tegoż.

Przeważna część chorych żołądkowych (162 czyli 86%) uskarżała się na samowolne rozmaite bolesne uczucia w żołądku i tak 66 chorych skarżyło się na ciśnienie w żołądku. Przeważna część tych (40) była nerwowo-gastryczną, między niemi 9 chorych z rozstrzenią żołądka. Przeszło u połowy (35) skarżących się na ciśnienie w żołądku był mechanizm trawienia upośledzony, lecz co do jakości soku żołądkowego prawidłowości nie było; wprawdzie przeważna część (42) była nadmiarowo kwaśnych, ale z drugiéj strony 4 chorych było ze zupełnym brakiem kw. solnego.

U 29 chorych uskarżających się na ściskanie w dołku podsercowym znaleziono zawsze kw. solny i to w połowie (14) przypadków nadmiarowe wydzielanie, a u $^1/_3$ (10) zmniejszone. Natomiast u 10 chorych cierpiących na silne kurcze żołądka znaleziono oprócz 2 prawidłowo wydzielających kobiet nerwowych u 8 najwyższe stopnie kwasoty treści żołądkowéj czczéj. W tych przypadkach towarzyszyły kurczom żółciowe wymioty, chociaż nie było ani rozstrzeni, ani zwężenia odźwiernika, tak że przypuszczam, że te kurcze miały swój początek w podrażnieniu błony śluzowéj żołądka przez nadmiernie trawiącą treść żołądka. Kilku z tych chorych, których obecnie dotąd mam sposobność obserwować, ma się zupełnie dobrze. (Dok. nast.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. K. Lohmeyer: Dziewięć przypadków choroby po zjedzeniu cielęcéj wątroby.

Dotąd znane były przypadki zatrucia mięsem pochodzącém z cieląt z zapaleniem pępowiny i dotkniętych t. zw. zarazą stawów. L. obserwował chorych po zatruciu wątrobą cielęcą. W téj saméj rodzinie u dziewięciu osób po spożyciu jéj pojawiło się: ciśnienie i pełność w żołądku, odraza nudności, wymioty, boleści w brzuchu, obfite śluzowo-żółciowe wypróżnienia, parcie, zawrót głowy, wielkie osłabienie, kur-

czowe bolesne darcie w członkach, pragnienie, gorączka dochodząca do 39,2°C., nastrzykanie naczyń spojówkowych, zaczerwienienie twarzy i szyi; objawy odpowiadające ostremu nieżytowi żołądka i jelit. Wątroba, o której mowa, była żółcią przepełniona, na przekroju okazywała ochrowo-żółte zabarwienie a badanie drobnowidowe wykazało początkujący okres zapalenia. L. tłumaczy zatrucie tą wątrobą jako pochodzące od składnika trującego właściwego żółci a zarazem od grzybków, których bliżej nie określa. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 4). *Dr. Buszek.*

Siemerling: **O urządzeniu zakładów dla umysłowo-chorych według systemu zwanego Open Door.**

Od czasu reformy, przeprowadzonéj przez Pinela, staje się coraz widoczniejszą dążność do ubezpieczania umysłowo-chorych bez użycia jakichkolwiek środków przymusowych, i do użyczenia tym chorym wolności w zakresie jak najobszerniejszym. Właśnie wyrazem téj dążności jest system zwany Open-Door, zastosowany obecnie w kilku zakładach w Szkocyi. S. zwiedził zakłady urządzone na podstawie tego systemu i w wykładzie, z którego niniejszem zdajemy sprawę, przedstawił rzecz Towarzystwu psychijatrów niemieckich. Zasadą systemu Open-Door jest pozostawienie umysłowo-chorym jak największéj wolności osobistéj, a cel ten osiąga się przez zniesienie wszelkich zamknięć, wszelkich ogrodzeń, słowem wszystkiego, co stoi na przeszkodzie w zupełnéj swobodzie wewnątrz zakładu a nawet poza obrębem tegoż. Odkrycie, że umysłowo-chorych można utrzymywać bez ogrodzeń i zamknięć, zrobiono przypadkiem w zakładzie w Haddington, po kilku udałych próbach zastosowano to spostrzeżenie w praktyce, a w zakładzie Woodilee mieszczącym w sobie 500 chorych, opisanym przez autora, zastosowano ten system w całém znaczeniu wyrazu. Tylko nieznaczny procent chorych niespokojnych bywa odosobniony, reszta może przez cały dzień swobodnie się poruszać w parku przylegającym do zakładu, poza którym leżą szyny kolei żelaznéj oddzielone od parku niskim płotem.

Nie wchodząc bliżéj w szczegóły tego systemu, zestawione starannie przez autora, nadmieniamy tylko, że jakkolwiek system niniejszy nie jest jeszcze w Szkocyi wcale powszechnie zastosowany, to jednak zakłady nowo powstające zaprowadzają go chętnie, a koszta utrzymania chorych przy użyciu tego systemu mają być nieco mniejsze. Zaprowadzeniu systemu tego sprzyja położenie zakładów w okolicy, gdzie chorzy mogą się zajmować uprawą roli, ograniczenie liczby chorych do téj, na jaką zakład jest obliczony i odpowiednia usługa. Niemałéj wagi jest również okoliczność, że zakłady tamtejsze są wolne od chorych na umyśle, którzy weszli w kolizyję z ustawami, a więc od żywiołu, który się zazwyczaj daje najwięcéj we znaki każdemu zakładowi w krajach, gdzie osobne ustawy nie czynią zasadniczéj różnicy pomiędzy obydwoma rodzajami chorych. (*Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, T. 43. 1886, Zeszyt III). *Dr. Schatter.*

○ Cholera na okrętach. Na okrętach włoskich podczas ich przepływu z Buenos Ayres na morze Śródziemne zdarzyło się 45 przypadków cholery. Okręty mają odbyć 20to dniową kwarantannę w lazarecie w Asinora. Według pewnych doniesień wybuchła cholera w całym obszarze Rzeczypospolitéj argentyńskiéj i to w tych rozmiarach, iż zniewoliło to szwajcarską Radę związkową do wydania ostrzeżenia od wychodźtwa do tego kraju.

* Według §. 3 ustawy o włóczęgostwie w Austryi obowiązującéj nie wolno pod karą pieniężną od 10—100 złr. wydawać świadectw o nieszczęściu lub ubóstwie, któreby mogły być użyte do żebrania. Otóż we Wiedniu zdarzył się przypadek, że lekarz praktykujący wydał kobiecie świadectwo, jako jest chorą, matką kilkorga dzieci i zasługuje na wsparcie. Lekarz ten został skazany na grzywnę. Zwracamy więc uwagę kolegów, aby się w téj mierze mieli na baczności.

○ Uregulowanie przemysłu techniczno-dentycznego. Niejasny dotąd stosunek dentystów techników do dentystów zawodowych został obecnie uregulowany rozporządzeniem wydaném przez Ministerstwo spraw wewn. w porozumieniu z Ministerstwem hadlu, którego najważniejsze postanowienia podajemy: Wyrób zębów sztucznych i sprzedaż ich może wprawdzie stanowić przedmiot wolnego przemysłu, ale na zasadzie Najwyższego postanowienia z 10/9 1842 montowanie i wkładatychże nie jest dozwolone. Technika dentystyczna jako integralna część dentystyki nie może stanowić przemysłu samoistnego, z tego téż powodu urzędy przemysłowe podobnych zgłoszeń przyjmować nie powinny. Wszystkich obecnie technikę dentystyczną zajmujących się należy zawiadomić o zakazie wykonywania jakichkolwiek operacyj w ustach z dodatkiem, że wolno im wyrabiać części uzupełniające sztucznych części zębów lub szczęk jedynie na zamówienie dentystów i dla nich. Namiestnictwu pozostawioną zostaje wolność wydania odpowiednich postanowień co do asystencyi lekarzy u techników dentystów. Rozporządzeniem tém cały zakres dentystyki oddany został w ręce lekarzy; wynika ztąd potrzeba, aby lekarze obznajmiali się nie tylko z operacyjną i leczniczą częścią dentystyki, ale i z techniczną, bo oni winni odpowiednie uzupełnienia zamawiać i osadzać. Znajomości potrzebnéj nabyć będą mogli jedynie w szkołach dentystycznych, które utworzonemi być powinny na wzór istniejących już w Berlinie, Lipsku i Genewie, a obowiązek założenia tychże ciąży na Towarzystwach dentystów, których członkowie mając sobie obecnie nadane tak uprzywilejowane stanowisko powinni do tego czynną przyłożyć rękę, inaczéj postanowienia powyższego rozporządzenia wkrótce staną się iluzorycznemi, bo lekarze nie mogąc sobie dać rady, będą zmuszeni udać się jeszcze po pomoc do techników dentystów.

○ Rozsiedlenie lekarzy w Niemczech. W Niemczech jest 16,292 lekarzy na ogólną ludność 46,840,598 mieszk., średnio zatém wypada jeden lekarz na 2875 m. W Prusach na 3029; w Bawaryi na 2745 m., w Saksonii na 2750 m., w Würtembergii na 3248, w Badeńskiem na 2336, w Hesyi na 2309, a w Alzacyi i Lotaryngii na 3151. W niektórych większych miastach stosunek jest następujący: Jeden lekarz przypada w Monachijum na 780 m., w Lipsku na 794 m., Strasburgu na 949, w Stuttgardzie na 991 m., w Dreznie na 1003 m., we Wrocławiu na 1096, w Berlinie 1106, w Kolonii na 1194, w Hamburgu na 1629, w Gdańsku na 1664 itd.

W miastach uniwersyteckich wliczono w tę statystykę profesorów, z których pewna liczba praktyką się nie trudni, dla tego stosunek powyższy ulega zmianie tak, że w rzeczonych miastach na jednego lekarza praktykującego znaczniejsza liczba mieszkańców przypada aniżeli podano.

○ Liczba lekarzy w Anglii wynosiła z końcem roku 1896 w połączonych królestwach: 22,316, w Anglii i Walii 17385, w Londynie 4729, w Szkocyi 2448, w Irlandyi 2483. Jeden lekarz przypadał w połączonych królestwach na 1645 mieszk., w Anglii i Walii na 1602, w Londynie na 877, w Szkocyi na 1613 a w Irlandyi na 1976 mieszk. W posiadłościach angielskich w Australii jeden lekarz przypadał na 1862 mieszk.

* W rozprawach nad szczepieniem Pasteurowskiém, wywołanych w Akademii paryskiéj w skutek wystąpienia prof. Petera, odgrywa pewną rolę i „le prince Dr. Zagyell“, który doniósł był Akademii, że pies, który ukąsił 10 żołnierzy rosyjskich w Wilnie, wcale nie był wściekłym. Tymczasem komendant pułku drogą telegraficzną doniósł, że według rozpoznania weterynarzy, stwierdzonego sekcyją, pies ów w rzeczy saméj był wściekłym. „Można więc być księciem i doktorem, a nie mówić prawdy“, — odezwał się na wiadomość tę sekretarz stały Akademii. Ten sam książę Dr. Zagyell niedawno przedłożył był Akademii środek tajny przeciw wściekliźnie, prosząc o aprobatę Akademii, któréj naturalnie nie uzyskał.

Tak opiewa wiadomość, przez wszystkie pisma lekarskie powtórzona. Osobistość, o któréj mowa, mogłaby zdawać się tajemniczą, a jednak istnieje ona. Książę Zagell jest rodakiem naszym; przed 27 laty mieszkał on w Górowcach na Wołyniu

i ogłosił wtedy w *Tygodniku Lekarskim* (z r. 1860, Nr. 17) rozprawę p. t. „O istocie i leczeniu wścieklizny“, w której, oparty na 42 przypadkach, zaleca jako środek swoisty korzeń tawuły bulwkowéj *(Radd. spireae filipendulae)* a naprowadziła go na tę myśl nazwa litewska i polska téj rośliny (*perintas*, szaleniec). Z pracy téj jeszcze za czasów studenckich zdałem sprawę w *Revue d. W. Medicinalhalle* z r. 1861, I, str. 19—21). Od owego czasu nie spotkałem się z nazwiskiem księcia-doktora. Miałżeby on obecnie tym samym środkiem raczyć Akademię paryską, jako tajnym, lub porzuciwszy go wystąpić z nowym środkiem?

* Statystyka samobójstw w Prusiech. W r. 1883 w król. Pruskiém było 6171 samobójstw. Z tych przypada na płeć męską 4,933, na żeńską 1238. Przypadki te rozpadają się:

a) Wedle sposobu:

na powieszenie się	3306 męż.	522 kob.	razem 3828
„ uduszenie się	5 „	2	„ 7
„ utopienie się	719 „	519	„ 1238
„ zastrzelenie	568 „	12	„ 580
„ narzędzia kłujące	13 „	3	„ 16
„ poderznięcie gardła	74 „	28	„ 102
„ „ żył	23 „	6	„ 29
„ rany brzuszne	3 „	2	„ 5
„ otrucie	120 „	102	„ 222
„ „ gazami	7 „	4	„ 11
„ śmierć na szynach	60 „	21	„ 81
„ zeskoczenie	28 „	17	„ 45
„ inne sposoby	7 „	—	„ 7

b) wedle pobudek:

wstręt do życia w ogóle	558 „	97	„ 655
cierpienia cielesne	340 „	106	„ 446
„ umysłowe	1014 „	491	„ 1505
namiętności	95 „	80	„ 175
nałogi	611 „	27	„ 638
smutek	16 „	13	„ 29
kłopoty	726 „	88	„ 814
zgryzoty sumięnia	375 „	114	„ 489
gniew i waśń	167 „	41	„ 208
inne pobudki	50 „	6	„ 56
z pobudek nieznanych	981 „	175	„ 1156

(*Zeitschr. d. k. pr. statist. Bureaus.*, 1886).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,7. Z błonicy i dławca umarło 4 (3 z. t.); z duru plamistego 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z gruźlicy 7 (8 z. t.); z zapalenia płuc 14 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 2 róży. W tygodniu od 9—15 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 9, w Budapeszcie 31, w Pradze 4, w Rzymie 10, w Wenecyi 9, w Paryżu 1, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Budapeszcie, Londynie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Petersburgu 18, w Hamburgu 26, w Paryżu 24. Z odry umarło w Berlinie 11, we Wrocławiu 12, w Paryżu 17, w Londynie 97. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 11, w Londynie 17, w Petersburgu 10, w Kolonii 11. Z dławca i błonicy umarło: w Berlinie 37, w Hamburgu 13, w Budapeszcie 11, w Pradze 15, w Paryżu 37, w Londynie 29, w Kopenhadze 15, w Petersburgu 18. Z krztuśca umarło w Londynie 32.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—15 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,5; we Lwowie 33,8; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 24,7; w Kołomyi 36,4; w Przemyślu 33,2; w Stanisławowie 25,3; w Tarnopolu 43,8; w Tarnowie 25,7; w Czerniowcach 35,4; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 25,6; w Wiedniu 25,0; w Salcburgu 39,0; w Gracu 31,4; w Tryjeście 38,6; w Insbruku 23,5; w Pradze 35,7; w Bernie 34,0; w Ołomuńcu 2?,6; w Opawie 35,4; w Berlinie 22,3; w Wrocławiu 28,5; w Gdańsku 32,1; w Dreźnie 14.5; w Hamburgu 31,9; w Kolonii 27,5; w Lipsku 17,6; w Mnichowie 19,7; w Strasburgu 26.4; w Amsterdamie 22,4; w Brukseli 27,7; w Budapeszcie 33,5; w Chrystyjanii 24,2; w Kopenhadze 23,8; w Londynie 23,0; w Odesie 30,4; w Paryżu 25,4; w Petersburgu 31,6; w Rzymie 31,1; w Stokholmie 15,5; w Wenecyi 33,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 2 Lutego. Prof. Mikulicz przyjął zaproszenie do Królewca i opuszcza Kraków. Otóż wiadomość, która wczoraj rozeszła się w mieście naszém i wywołała powszechne zadziwienie i zasmucenie. W ostatnich kilku miesiącach słyszeliśmy po kolei o powołaniu znakomitego profesora do Würzburga, Petersburga i Królewca; pocieszaliśmy się jednak nadzieją, że prof. Mikulicz, który tak bardzo przywiązał się do Krakowa i zyskał powszechne sympatyje, nie porzuci swéj katedry, zwłaszcza, gdy budowa kliniki chirurgicznéj, o którą tak usilnie się starał, po wielu zawodach przecież miała niezadługo przyjść do skutku. Nawet gdy referent pruskiego ministerstwa, tajny radca Skrzeczka, przed dwoma tygodniami zjechał był umyślnie do Krakowa, aby traktować z powołanym do Królewca profesorem, łudzono się jeszcze, że Kraków nie poniesie téj dotkliwéj straty, zwłaszcza gdy prof. Mikulicz zapewniał, że pozostanie w mieście naszém, jeżeli we Wiedniu otrzyma stanowcze zapewnienie, iż budowa kliniki, pomimo znacznego przekroczenia sumy przez Rząd preliminowanéj, rozpocznie się pod wiosnę. Tego zapewnienia podobno prof. Mikulicz w Wiedniu nie otrzymał, i z tamtąd drogą telegraficzną doniósł rządowi pruskiemu, że katedrę królewiecką przyjmuje. Gdy wczoraj za powrotem jego z Wiednia dowiedziano się o tém postanowieniu, słuchacze medycyny a następnie słuchacze wszystkich Wydziałów w liczbie 6—700 udali się do prof. Mikulicza prosząc go o pozostanie w Krakowie. Rozczulony tém przywiązaniem młodzieży akademickiéj oświadczył prof. Mikulicz, że cofnąć się trudno, ale jeżeli znajdzie sposób wyjścia, uczyni zadość prośbie młodzieży. Tę samą odpowiedź otrzymał Wydział lekarski, zwołany przez dziekana na posiedzenie nadzwyczajne wczoraj w południe, jakotéż Senat akademicki, który zebrawszy się o godzinie 4éj po południu udał się *in pleno* pod przewodnictwem czcigodnego Rektora hr. Tarnowskiego do prof. Mikulicza. Tak Wydział jako i Senat drogą telegraficzną udały się do JE. p. Ministra oświecenia we Wiedniu z usilną prośbą o dołożenie wszelkich starań, aby utrzymać prof. Mikulicza w Krakowie. Rezultatem interwencyi Senatu było, że prof. Mikulicz dziś rano pojechał do Berlina, zapewniając, że jeżeli nominacyja jego do téj chwili nie nastąpiła, starać się będzie o wstrzymanie jéj i o zwolnienie siebie od danego przyrzeczenia; gdyby zaś już nastąpiła, cofnięcie się byłoby mu niemożebném. W ciągu dnia jutrzejszego ma nadejść od niego depesza, która nam ma zwiastować nadzieję utrzymania lub pewność stracenia go dla Krakowa. Od treści téj depeszy zależy, czy Rektor Uniwersytetu uda się do Wiednia, celem robienia dalszych kroków, lub czy razem z Wydziałem lekarskim i z Uniwersytetem znajdzie się w obec czynu dokonanego.

D. 3 lutego. Ziściła się niestety obawa i znajdujemy się w obec faktu dokonanego. Prof. Mikulicz doniósł dziś telegraficznie Dziekanowi Wydziału lek., że został już mianowany profesorem w Królewcu.

* Nr. 5 Časopisu lékařův českých wyszedł jako jubileuszowy ozdobnie tak pod względem druku i papieru jak i objętości. Poświęcony on jest wyłącznie sprawozdaniu z uroczystego posiedzenia i biesiady, które się odbyły d. 24 stycznia z powodu 25-letniego jubileuszu Towarzystwa i jego czasopisma. Po zagajeniu przez prezesa tegorocznego prof. Hlavę miał rzecz docent Chodounský o historyi Towarzystwa, w któréj uwydatnił coraz ściślejsze stosunki, zachodzące pomiędzy lekarzami czeskimi a polskimi, a które znalazły wyraz na Zjazdach lekarskich w Krakowie, Pradze i Poznaniu. Następnie prof. Hlava miał wykład o czerwonce, docent Mareš zaś z dziedziny urologii. Na uczcie, która miała miejsce po posiedzeniu, liczne wniesiono toasty: na N.Pana, na miasto Pragę, na stowarzyszenie czeskie, morawskie i polskie itd. Podczas uczty nadeszły liczne depesze, z których podnosimy: depesze Akademii Umiejętności, Tow. lek. warszawskiego, lekarzy polskich z Warszawy, Krakowa, Wilna, Poznania i Lwowa, Tow. lek. krakowskiego, Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego, Gazety Lekarskiéj, Koła przyrodników warszawskich, Sekcyi lek. Tow. Przyjaciół nauk w Poznaniu, od Geppnera, prof. Korczyńskiego, Drów Wicherkiewicza, Kaczorowskiego, Skowrońskiego, Redakcyi Wiado-

mości lekarskich itd. W końcu Dr. Nečas podał do wiadomości: że Spolek na pamiątkę jubileuszu swego wyznaczył kwotę 300 zła. jako nagrodę za dwie najlepsze prace lekarskie. Pięknie zakończyła się więc piękna ta uroczystość, świadcząca o żywotności narodu dobijającego się stanowiska poważnego w świecie naukowym.

* W miasteczku wschodniéj Galicyi odległém o $^1/_2$ mili od kolei żelaznéj, posiadającém sąd powiatowy i urząd podatkowy z apteką w miejscu, ma być obsadzoną posada lekarza miejskiego. Dochody stałe obliczyć można na 600 zła., praktyka w okolicy ludnéj i zamożnéj zapewniona. Bliższéj wiadomości udzieli interesującym Dr. Schaitter w Zakładzie medycyny sądowéj w Krakowie.

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego wiedeńskiego, w d. 28 stycznia odbytém, Dr. Julijan Czyrniański z Krakowa przedstawił nową pompę żołądkową, ułożoną według jego wskazówek przez mechanika Reinera w Wiedniu, która wprawdzie polega także na zasadzie aspiracyi, jednak ma być wygodniejszą i dokładniejszą od dotychczasowych.

* **Wiedeń**. Prof. Mauthner udał się do Ministerstwa z prośbą o otworzenie dla niego 2éj kliniki okulistycznéj. W skutek tego podania Wydział lek. wyznaczył komisyję.

Prof. Arlt dla wielkich bólów w kikucie amputacyjnym musiał poddać się ponownéj operacyi, a mianowicie wycięciu 19 cm. długiego kawałka n. kulszowego. Operacyję uskutecznili proff. Billroth i Dittel.

Prof. Bandl podał się o uwolnienie od obowiązków prof. położnictwa w Wydziale niem. w Pradze.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bazyleja**. Prof. położnictwa Dr. Bischoff przeszedł w stan spoczynku. — **Wrocław**. Na nowo usystemizowaną zwyczajną katedrę higijeny powołany został prof. Flügge z Getyngi. — **Lipsk**. Prof. położnictwa Credé starszy ustępuje z katedry, a na jego miejsce powołany został prof. Olshausen z Hali. — **Leyda**. W skutek śmierci Thomasa katedrę położnictwa otrzymał Dr. Treub. — **Paryż**. Prof. Chevreuil, ukończywszy lat 100, podał się do dymisyi.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Bronisław Wasilkowski z Rydzyn w gub. piotrkowskiéj i Abraham Winawer rodem z Warszawy.

Dr. Szczęsny Świerz osiadł w Ryglicach.

* **Mianowania**. Starszymi lekarzami w armii czynnéj mianowani zostali: Dr. Jan Kudas we Lwowie, Stanisław Steiner w Krakowie i Michał Lewicki w Pradze czeskiéj.

Starszy lekarz sztabowy 2éj kl. Dr. Wilhelm Tonner, mianowany kierownikiem szpitala wojskowego w Lublanie. Dr. Tonner, brat posła, przez długi czas pozostawał w Krakowie i był członkiem naszego Towarzystwa lek.

* **Nekrologija**. W Turynie umarł d. 24 stycznia r. b. Dr. Antoni Garbiglietti, antropolog, b. lekarz nadworny królowéj sardyńskiéj Maryi Krystyny, licząc lat 79. — W Paryżu umarł słynny ginekolog prof. Nonat w 82 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Perkowskiego: O zszywaniu nerwów. — W *Medycynie* Nr. 5: Brauna (z oddziału prof Obalińskiego). Rozwój antyseptyki i wpływ téjże na choroby przyranne w oddziale chirurg. szpitala św. Łazarza w Krakowie; Florkiewicza: Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etyjologii ropnego zapalenia wątroby (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym; Trzebickiego: Przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli (dok.) — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 1: Stachiewicza: Antifebrin przeciw gorączce w gruźlicy płuc (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. K. RUMSZEWICZ: Kilka przypadków prawidłowego wzroku przy wziernikowych zmianach zanikowych w tarczy n. wzrokowego. (Odbitka z „Medycyny" 1886), in 8vo str 4.

Tenże: Niezwykły przypadek ciała obcego w rogówce. (Odbitka z „Medycyny" 1886), in 8vo str. 4.

Piśmiennictwo lekarskie. BIRCH-HIRSCHFELD F. V. Lebrbuch der patholog. Anatomie. 2 Aufl. 2 Bd. spec. Th. 3 (Schluss-) Lfg. M. 46 Holzschn. 8 Leipzig, Vogel. M. 8. — (cplt. M. 28).

DAMASCHINO A. Leçons sur les maladies des voies digestives. 2 tir. 8 Paris, Alcan. Fr. 14.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 9 lutego o godzinie 6éj wieczór w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po wyczerpaniu programu z ostatniego posiedzenia Kol. prof. Rydel przedstawi przypadek irydektomii według Weckera, poczém kol. Gluziński mówić będzie: o fizyjologicznèm i leczniczém działaniu siarkanu sparteiny.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 6540. **KONKURS.**

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu publicznym. Z tą posadą jest roczna pensyja w kwocie 500 złr. w. a., połączona. Kompetent ma być doktorem medycyny i chirurgii, lub też doktorem wszech nauk lekarskich, przy czém się nadmienia, że operator fachowy będzie miał pierwszeństwo przed innymi, musi mówić po polsku i po niemiecku i powinien mieszkać w Białéj. Nadmienia się jeszcze, że mianowanemu lekarzowi tegoż szpitala nie wolno będzie bez zezwolenia Rady gminnéj i Wysokiego Wydziału krajowego żadnéj innéj publicznéj służby przyjąć. Ubiegający się o tę posadę, mają swe należycie udokumentowane podania przy dołączeniu dowodów uzdolnienia naukowego, dotąd wykonywanéj praktyki w zawodzie lekarskim, gruntownéj znajomości języka polskiego i niemieckiego, daléj co do wieku i stosunków familijnych, najdaléj do ostatniego Lutego b. r. do podpisanéj Zwierzchności gminnéj przesłać.

Zwierzchność gminna

Biała, dnia 11-go Stycznia 1887 r. Burmistrz

Nahowski.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.